FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 105.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

DE LA PEAU

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Juillet 1896

PAR

Constantin ROBEFF

Né à MONASTIR (Turquie-d'Europe), le 5 Février 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur		*Président*
	VERGELY	professeur		
	SABRAZÈS	agrégé		*Juges*
	LE DANTEC	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 105.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

DE LA PEAU

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Juillet 1896

PAR

Constantin ROBEFF

Né à MONASTIR (Turquie-d'Europe), le 5 Février 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur		*Président*
	VERGELY	professeur		
	SABRAZÈS	agrégé		*Juges*
	LE DANTEC	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

—

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Medecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS ET MES BEAUX-FRÈRES

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES ANCIENS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHARGÉ DU COURS DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

En consacrant notre thèse inaugurale à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau, nous n'avons pas l'intention de faire une monographie envisageant complètement cette lésion sous ses diverses phases; nous voulons simplement rapporter quelques observations nouvelles, les étudier au point de vue clinique et chercher les conclusions qui en découlent, en nous aidant au besoin de quelques publications particulièrement intéressantes.

Nous avons mis le plus grand soin à l'étude de nos observations au point de vue étiologique, parce que c'est de ce côté qu'elles nous ont paru surtout intéressantes, nous permettant de conclure à l'identité du mode de production de la lésion qui nous occupe et du lupus tuberculeux (lupus de Willan).

Ayant pour but de faire un travail purement clinique et documentaire, nous laissons de côté toute la partie bactériologique et expérimentale de la question, considérant comme suffisamment démontrée, par les travaux parus sur ce sujet, la nature tuberculeuse de la tuberculose verruqueuse et du lupus vulgaire.

Bien que nous soyons modeste, dans nos prétentions, nous reconnaissons bien que notre travail laisse beaucoup à désirer ; les difficultés que nous avons eu à surmonter dans sa rédaction étaient encore augmentées par notre qualité d'étudiant étranger ; mais nous espérons que nos juges voudront bien tenir compte du bon vouloir que nous avons apporté dans l'étude de notre sujet et accorderont toute leur bienveillance à notre modeste travail.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus vifs remerciements et l'expression de notre plus profonde reconnaissance à M. le docteur Dubreuilh, qui a bien voulu nous inspirer l'idée de ce travail et dont les conseils précieux sont venus en aide à notre inexpérience. Nous n'oublierons jamais les marques d'intérêt que notre maître distingué nous a prodigué durant la rédaction de cette thèse.

Notre plus grande gratitude est acquise également à M. le professeur Arnozan, qui a si obligeamment daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux d'exprimer notre profonde reconnaissance aux professeurs dévoués de la vieille école de Montpellier, où nous avons commencé nos études, ainsi qu'à nos maîtres de la Faculté de Bordeaux, pour la bienveillance qu'ils ont toujours mise à nous guider dans nos études et dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DE LA PEAU

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose verruqueuse de la peau est de date relativement récente. La nature intime de la lésion étant complètement ou presque complètement inconnue, elle n'offrait qu'un intérêt médiocre aux yeux des observateurs qui la passaient le plus souvent sous silence. Aussi, nous ne trouvons dans les auteurs, avant 1877, aucune description qui se rattache directement à cette affection.

En 1860, Hardy donne, dans son *Traité des maladies de la peau*, la description d'une tuberculose cutanée superficielle, qu'il désigne du nom de *scrofulide verruqueuse*.

D'après l'auteur, cette lésion n'est jamais primitive, mais apparaît toujours sur une ulcération succédant à ce qu'il appelle une scrofulide pustuleuse; le tableau clinique qu'il en donne est un peu différent de celui de la vraie plaque

verruqueuse, aussi nous ne savons pas si, dans ce cas, il s'agit de la lésion même qui nous occupe en ce moment.

En 1875, Baumgarten (1) rapporte un cas de *tubercule anatomique papillomateux*, qu'il accompagne d'un examen histologique.

Mac Coll Anderson donne, en 1877, dans ses lectures *of clinical medicin*, la description d'une affection qu'il désigne du nom de *scrofuloderma verrucosum*, et dont les caractères cliniques se rapprochent beaucoup de ceux de la tuberculose verruqueuse.

En 1882 et 1883, Leloir et Vidal (2) décrivent, sous le nom de *lupus scléreux*, une affection qui ne diffère point de la tuberculose verruqueuse de la peau. Ils accompagnent cette description d'une courte étude histologique de la lésion.

Ce travail sur le lupus scléreux avait passé à peu près inaperçu et semblait oublié lorsqu'en 1886, Riehl et Paltauf, assistants de la Clinique de Kaposi, se basant sur l'observation de quinze malades, décrivirent la *tuberculosis verrucosa cutis* (3), lésion cutanée qu'ils voulaient considérer comme une entité morbide nouvelle. L'excellente description qu'ils en donnaient était accompagnée de recherches histologiques et bactériologiques très complètes, et d'inoculations expérimentales qui n'avaient pas encore été faites.

Ce travail des médecins de Vienne fut le point de départ d'une série de nouvelles publications, et Raymond, Hanot, Brissaud, Morel-Lavallée, Sevestre, Dubreuilh et Auché, Batut, Etienne, Heller, Hirsch publièrent de nombreuses observations et de fort importants mémoires sur la question.

(1) Revue de Hayem, 1875.

(2) Leloir et Vidal. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1882. — Vidal. — *Annales de dermatologie*, 1883.

(3) *Viertejahressechr. für dermat. u. syphilis*, 1886, Heft. 1.

OBSERVATION I

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Lupus verruqueux de la main par inoculation.

Mme N..., âgée de quarante-cinq ans, ne présente aucun antécédent tuberculeux personnel, mais elle a récemment perdu sa fille, morte de tuberculose pulmonaire.

Pendant qu'elle la soignait, il y a environ un an, elle s'est fait une blessure à la main avec une bûche. Cette plaie n'a jamais guéri et à sa place est sorti un petit nodule; au bout de quelque temps, une lésion analogue est apparue sur l'autre main.

Le 14 mars 1895, on trouve, sur la face dorsale du médius droit et de l'index gauche, deux placards larges de 2 centimètres environ, saillants, rouges, infiltrés et croûteux. Dans les intervalles des croûtes, la surface est inégale, verruqueuse, et la pression fait sortir du pus par les orifices multiples.

Ignipuncture. Guérison après plusieurs séances.

OBSERVATION II

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main consécutive à une morsure de chien.

Marie D..., marchande, âgée de soixante-cinq ans, est venu consulter M. le docteur W. Dubreuilh, le 24 juin 1893.

D'une bonne santé habituelle et sans le moindre antécédent suspect ni du côté de ses parents, ni du côté de ses collatéraux, elle n'a jamais fait aucune maladie sérieuse.

Un mois et demi environ avant sa présentation à la Clinique, elle fut mordue par un petit chien dans le milieu du dos de la main droite. L'ulcération, consécutive à la morsure, donna lieu à la formation d'un abcès qui, à la suite d'application de cataplasmes, s'ouvrit après quelques jours, laissant écouler une quantité assez considérable de pus. Le pus a continué à suinter en petite quantité et l'ulcération primitive, prenant le caractère papillomateux, s'est étendue pour former une plaque grande comme une pièce de 2 francs.

Le petit roquet qui a mordu la malade a dans le quartier une mauvaise réputation; il est très voleur, enlève les morceaux de viande sur lesquels il peut tomber, et ne se fait pas faute de fouiller dans toutes les saletés qu'il peut rencontrer.

Actuellement, sur le dos de la main droite, à 2 ou 3 centimètres en arrière du second espace interdigital, on voit une plaque verruqueuse, ulcérée et surélevée, papillomateuse dans toute son étendue. Cette plaque a les dimensions d'une pièce de 1 franc, ses bords sont verruqueux et ulcérés, déchiquetés par places et assez surélevés pour atteindre le niveau de la plaque qui mesure 2 millimètres de hauteur environ. Elle est formée par de nombreuses villosités agglomérées, divisées en petits départements par des fissures à direction verticale.

Croûtes rares depuis lavages phéniqués que fait la malade (depuis quatre jours); ces croûtes sont grisâtres, épaisses et très adhérentes, présentant des prolongements filiformes qui les rattachent intimement aux villosités de la plaque. Vers la partie supérieure de la plaque, on voit un petit espace grand comme une lentille et entouré par des lésions verruqueuses correspondant à l'application de l'une des dents du chien. La peau à ce niveau est rose et nullement surélevée.

Induration assez nette dans toute l'étendue de la plaque. Démangeaisons très légères.

Pas de suppuration depuis l'application d'eau phéniquée.

Observation III

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main par inoculation directe.

Le nommé P..., tonnelier, âgé de vingt-quatre ans, est né de parents sains, sans tare tuberculeuse.

Lui-même a toujours joui d'une excellente santé. L'interrogatoire ne nous permet pas de découvrir des tuberculeux dans son entourage.

Il y a trois ans, il s'est fait une écorchure avec une pointe au niveau de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne. Quelque temps après, à l'endroit lésé, est apparu un placard qui s'est étendu progressivement.

Le 19 décembre 1895, on sent un petit ganglion épitrochléen, légèrement douloureux à la pression ; pas de ganglions tuméfiés dans l'aisselle.

Ce même jour on fait une séance d'ignipuncture qui fut suivie pendant quelque temps de plusieurs autres à huit ou quinze jours d'intervalle, puis application pendant quinze jours de pommade pyrogallique à 5 0/0.

Malgré ces interventions, la lésion ne s'améliore pas et, en février, on a recours à un raclage à fond de toute la plaque.

La cicatrisation se fait assez lentement et donne une cicatrice saine, sauf en un ou deux points suspects sur le bord.

Dans le courant de mars, il se développe, sur le dos de la main à

3 centimètres environ au-dessus de la lésion primitive, une tumeur d'apparence furonculeuse qui s'ulcère et prend l'aspect d'une gomme tuberculeuse.

En avril, ignipuncture des points suspects de la plaque primitive. Injection de naphtol camphré dans la gomme tuberculeuse consécutive.

Observation IV

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main par inoculation.

M. V..., âgée de cinquante-huit ans, journalière, se présente à la Clinique de Dermatologie, le 21 janvier 1894.

Cette femme, mariée et mère de deux enfants bien portants, ne présente aucun antécédent personnel, ni héréditaire quant à la tuberculose.

Au mois de juillet 1893 elle a lavé quelques mouchoirs de sa voisine, atteinte de tuberculose pulmonaire avancée. Quinze jours après, apparaissait un petit tubercule occupant la face dorsale de la main gauche. Depuis cette époque la lésion n'a pas cessé de s'aggraver et de s'étendre.

Le jour où la malade vient consulter pour sa lésion, celle-ci se présente sous l'aspect d'une plaque de 25 millimètres de long sur 15 de large, rouge, un peu violacée, à rougeur diffusant vers la périphérie, infiltrée assez profondément, parfaitement mobile sur les parties profondes, couverte d'une desquamation nacrée, peu abondante, à surface à peu près lisse, laissant voir par transparence un semis de points jaunâtre, gros comme une tête d'épingle et constitué par du

pus. Par la pression on fait sourdre du pus jaune, sanguinolent, sortant par un grand nombre d'orifices.

Pas de douleurs bien marquées; quelques élancements et démangeaisons.

Guérison complète le 26 février 1894 après quelques séances d'ignipuncture.

Mai 1896. — La guérison s'est maintenue.

Observation V

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Auto-inoculation probable dans une plaie accidentelle.

P..., garçon de café, âgé de vingt-neuf ans, est d'une famille saine, sans tare tuberculeuse. Ses parents sont en vie et bien portants. Il a un frère qui est en bonne santé.

Lui a toujours été d'une constitution faible. Il est pâle, amaigri et tousse depuis quelque temps. L'examen de la poitrine montre que les deux sommets sont pris. A l'auscultation, on trouve une expiration rude et prolongée en avant du côté droit et en arrière du côté gauche.

Il y a quatre ans, le malade s'est coupé, en nettoyant un verre, au niveau du quatrième espace interdigital gauche. A l'endroit lésé, quatre ou cinq mois après la cicatrisation de la plaie et à l'endroit même de la coupure, s'est formé un petit bouton qui a guéri, paraît-il, à plusieurs reprises, mais qui s'est toujours reproduit. La lésion s'est progressivement étendue à presque toute la main, en commençant par la face dorsale de l'annulaire et les faces latérales du même doigt, le bord cubital de la main, le dos de l'index et du pouce.

Actuellement, sur le dos du pouce, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit une saillie de 2 cent. 1/2 de long sur 2 de large, saillante de 4 à 5 millimètres, pourvue de deux parties : une bordure et un plateau. La bordure est rose, lisse, s'élève en pente douce au-dessus des parties saines. Le plateau est aplati, anfractueux, inégal et mamelonné, composé de petites saillies rose pâle, assez résistantes, de la grosseur d'un grain de mil ou d'un grain de chanvre et, dans leurs intervalles, avec un grand nombre de petits boutons cornés de couleur jaune sale. Lorsqu'on détache ces petites masses, on aperçoit une petite dépression cupuliforme d'un 1/2 millimètre à 1 millimètre de profondeur, dont s'échappe une gouttelette de pus lorsqu'on presse l'ensemble de la tumeur.

Sur le dos de la main on voit un grand placard qui monte presque jusqu'au carpe et qui s'élève jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ce placard est rouge, guéri au centre, mais sur toute la bordure est constitué par des masses papillomateuses et cornées, que nous avons décrites, qui forment une travée de 3 ou 4 millimètres de large. Dans le deuxième espace interdigital on trouve un îlot gros comme un haricot.

Sur le dos de la première articulation on voit des lésions semblables, ainsi que sur tout le dos et la face inférieure du petit doigt. Ce dernier doigt est en voie de guérison, il y a moins de masses papillomateuses et de boutons cornés. La peau est rugueuse, légèrement rouge et squameuse.

On trouve une bande analogue comme aspect, de 2 centimètres de large, qui fait suite à celle des doigts, longe le bord cubital de la main et remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du cubitus.

Pas de douleurs ni à la pression ni spontanées; gêne dans les mouvements de flexion des doigts.

OBSERVATION VI

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main. — Auto-inoculation probable.

Mme R..., âgée de trente-six ans, vient à la consultation de M. le docteur Dubreuilh du 10 mai 1894 pour une lésion cutanée de la main gauche, qui a débuté il y a deux ans et demi.

La malade toussait et crachait beaucoup à cette époque. Aucune affection de poitrine dans sa famille, ni dans son entourage.

La lésion est apparue sous forme d'un placard au niveau du deuxième espace interdigital gauche; elle s'est étendue progressivement en formant plusieurs placards : un sur la face dorsale de la main, au niveau du premier et du deuxième métacarpiens; un autre sur la face dorsale de l'articulation radio-carpienne et deux autres sur la face dorsale de l'avant-bras à 3 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Ces placards sont arrondis, rouges, entourés d'une zone brune avec nodules jaunâtres et squames à la surface. Au niveau du deuxième espace interdigital, on voit une masse verruqueuse, cornée, avec des sillons peu profonds autour d'une zone rouge violacé.

Le 10 mai 1894, grattage des lésions et application de chlorure de zinc.

Ce même jour la malade présente une mauvaise mine, elle est pâle, amaigrie. A la percussion, on trouve de la submatité au sommet du poumon droit; l'auscultation du même sommet donne une respiration rude et une expiration prolongée.

Le 31 mai 1894, presque toutes les lésions locales sont guéries, sauf une qui reste encore.

Curettage de ce dernier point.

Observation VII

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main droite par inoculation.

G. C..., cultivatrice, âgée de quarante-huit ans, est d'une famille suspecte.

Elle-même s'est toujours bien portée, mais sa sœur aînée est morte il y a trois ans de tuberculose pulmonaire.

C... a été la garde-malade de sa sœur pendant les derniers mois de sa vie, lavant elle-même son linge et ses crachoirs.

C'est quelque temps après la mort de sa sœur qu'elle s'est aperçue de sa lésion, se présentant alors sous forme d'un petit tubercule occupant le dernier espace interdigital de la main droite.

Le 17 juin 1893, époque de la présentation de la malade à la consultation, la lésion a l'aspect d'une plaque rouge, de 6 millimètres de long sur 5 de large, couverte de squames épaisses et adhérentes, formant croûtes.

La malade n'a jamais senti de douleurs ni de démangeaisons au niveau de la lésion.

Le 17 juin, on commence à traiter la lésion par des ignipunctures.

17 juillet. — Malgré les séances répétées d'ignipuncture la rougeur persiste.

Le 5 décembre on obtient la guérison complète de la lésion.

24 mai 1896. — La guérison s'est maintenue.

Observation VIII

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main par inoculation. Adénite.

M. F..., âgé de quarante-deux ans, se présente à la consultation de la Maison de Santé le 13 mars 1894.

L'interrogatoire ne nous permet de découvrir aucun antécédent héréditaire de tuberculose.

Quant à ses antécédents personnels, il sont un peu suspects. Le malade a eu une laryngite qui a duré un an, sur la nature de laquelle on ne peut tirer aucun renseignement. Il présente au sommet du poumon droit quelques signes d'emphysème pulmonaire.

Le voisin du malade, son ami intime, est mort il y a quelques mois de tuberculose pulmonaire. Le malade passait avec lui une grande partie de sa journée.

La lésion a débuté, il y a un an, par un petit bouton occupant le centre de la lésion actuelle. Elle s'est graduellement étendue et a envahi les régions voisines.

Actuellement elle se présente sous la forme d'une large plaque de 6 centimètres de long sur 3 de large, occupant la plus grande partie de la face dorsale de l'index droit et empiétant sur la face dorsale de la main, saillante, verruqueuse, infiltrée, rouge violacé, sans croûtes ni suppuration. La partie centrale est affaissée sans apparence cicatricielle bien nette.

Les ganglions de l'aisselle et du coude sont engorgés, ils sont durs, roulant sous le doigt et quelque peu douloureux.

OBSERVATION IX

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Lupus verruqueux consécutif à une plaie de la main.

B. S..., âgée de onze ans, ne présente aucun antécédent personnel de tuberculose.

On ne trouve pas non plus des tuberculeux dans sa famille ni dans son entourage.

Au mois de décembre 1895 elle s'est fait une écorchure avec une bûche sur la face dorsale de la première phalange du pouce droit.

Le 5 mars 1895 on trouve à l'endroit lésé une plaque de 10 millimètres de long sur 8 de large, rougeâtre, couverte de squames épaisses et adhérentes ressemblant à des croûtes. Après l'arrachement des croûtes on trouve un épiderme mince et nacré couvrant une peau rouge, dure, manifestement infiltrée, dans laquelle on ne distingue pas de nodules jaunes.

Jamais de douleurs, légères démangeaisons.

Comme traitement on a fait plusieurs séances d'ignipuncture. Guérison.

24 mai 1896. — La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION X

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main par inoculation.

Mme L..., âgée de quarante ans, vient le 20 juillet 1895, consulter

M. le docteur Dubreuilh pour une vaste lésion cutanée occupant le dos de la main droite.

Sans le moindre antécédent personnel de tuberculose, elle a perdu, il y a seize ans, un fils « mort de la poitrine ». A part ce cas probable de tuberculose, elle prétend n'avoir jamais été en contact avec des tuberculeux.

La lésion a débuté il y a cinq mois, par un petit nodule qui s'est progressivement étendu et a fini par envahir la plus grande partie de la face dorsale de la main droite.

Actuellement elle a l'aspect d'une plaque rouge, infiltrée, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, douloureuse au toucher, recouverte de squames très adhérentes recouvrant de petits clapiers.

Observation XI

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Tuberculose verruqueuse de la main par inoculation.

La nommée M. B..., âgée de cinquante-cinq ans, a toujours joui d'une bonne santé et n'a présenté à aucun moment de sa vie le moindre accident strumeux.

Elle porte depuis deux ans deux plaques de tuberculose verruqueuse typique. L'une de ces plaques, ayant une longueur de 6 centimètres sur une largeur de 5 centimètres, siège à la face palmaire du poignet droit. L'autre, un peu plus petite, occupe la face dorsale de la main, du même côté.

La malade a soigné sa fille morte, il y a un mois, de tuberculose pulmonaire.

Observation XII

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Plaque de tuberculose verruqueuse de la face dorsale de la main ayant débuté il y a trois ans.

Observation XIII

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Plaque de tuberculose cutanée du dos de la main chez une femme de quatre-vingt-trois ans, datant de douze ans.

Observation XIV

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Plaque de tuberculose cutanée du petit doigt ayant débuté il y a sept mois.

ÉTIOLOGIE

La tuberculose verruqueuse de la peau est toujours le résultat d'une inoculation du bacille tuberculeux par une plaie ; aussi, pour que ce dernier agent puisse se cantonner dans la peau, il faut essentiellement que deux conditions se réalisent : 1° la présence de ce même bacille ; 2° il faut que le tégument présente, à sa surface, une plaie quelconque, une solution de continuité, si minuscule qu'elle soit, qui lui servirait de porte d'entrée.

Nous trouvons ces deux conditions essentielles, seules ou accompagnées d'autres accessoires, dans la plupart de nos observations et de celles publiées par les auteurs.

Il est vrai que dans certains cas, et ils sont relativement fréquents, puisque nous trouvons cette particularité dans cinq de nos observations, la porte d'entrée du germe infectieux a pu passer inaperçue par le médecin et le malade lui-même ; mais, faut-il cependant supposer dans ces cas que la lésion n'a pas connu pour origine une inoculation du virus par voie externe ? Nous ne le pensons pas. Il est probable, il est certain, que dans ces cas particuliers de tuberculose verruqueuse, comme dans les cas typiques de cette affection, il s'agit d'une contagion directe, et, si le malade n'a pas pu

conserver le souvenir de la lésion initiale, nécessaire à l'introduction du germe dans l'économie, c'est qu'elle a été assez insignifiante pour échapper à sa vue et suffisamment ouverte pour permettre la pénétration des bacilles dans le système lymphatique.

A une certaine époque, en effet, la nature des chancres syphilitiques extra-génitaux était complètement méconnue; on ne concevait pas que la syphilis pût s'introduire dans l'organisme par d'autres points que les organes génitaux. Cependant l'aspect de la lésion et son évolution étaient identiques quel que fût son siège. De même, les cas de tuberculose verruqueuse dont on ne trouve pas le point d'inoculation ont les mêmes caractères objectifs et anatomo-pathologiques, la même évolution que ceux pour lesquels l'inoculation est manifeste.

La porte d'entrée du germe infectieux reste parfois inconnue d'autant plus facilement qu'elle ne doit pas être nécessairement bien volumineuse. En effet, malgré les assertions de Bollinger et son élève Schmidt, qui ont soutenu que l'inoculation tuberculeuse ne pouvait se faire que par l'introduction du virus sous la peau, il est généralement admis aujourd'hui que la plus légère érosion de l'épiderme suffit, dans certains cas, à l'introduction du bacille.

L'origine du virus, de même que sa porte d'entrée, est bien souvent fort obscure. Tandis que dans certains cas elle est évidente, comme chez la malade de Tscherning (Obs. XX) qui a vu sa lésion succéder à une blessure faite avec un fragment de crachoir infecté; dans d'autres, et ils ne sont pas bien rares, il est complètement impossible de retrouver sa provenance. Ainsi la malade qui fait l'objet de l'Observation X, sans aucun antécédent personnel de tuberculose, s'aperçoit un jour d'un petit nodule siégeant à la face dorsale

de la main, envahissant peu à peu la plus grande partie de cette région, nodule reconnu après pour être d'origine tuberculeuse, sans qu'elle puisse se rappeler d'avoir été, un seul moment, en contact avec un sujet ou un objet quelconque contaminés. Il est vrai que la malade avait soigné son fils phtisique, mais il est mort seize ans avant le début de la lésion.

Il serait téméraire de considérer ces derniers cas de tuberculose verruqueuse, de même que ceux précédemment cités, où la porte d'entrée du virus infectieux est inconnue, comme n'étant pas dus à une inoculation directe du bacille par voie externe, parce que quel est le médecin qui pourrait certifier que jamais le malade n'a été en contact avec un sujet tuberculeux ou un objet quelconque infecté.

En étudiant de près le mode de production de la lésion qui nous occupe, il est facile de voir qu'il est tout un groupe de tuberculoses verruqueuses qu'on a pu dénommer professionnelles ; ce sont celles qu'on observe chez des sujets exposés, soit par leur profession, soit par leur situation sociale, à être en contact fréquent avec des substances contenant le bacille de Koch.

Les étudiants en médecine, les médecins, par les examens de malades, sont absolument exposés à la contagion. Les personnes qui s'occupent des tuberculeux, soit en lavant leurs mouchoirs (Obs. IV) imprégnés de leurs crachats, soit en les soignant comme infirmiers, courent le danger d'être atteintes par le virus infectieux. L'habitation sous le même toit, les rapprochements avec des tuberculeux dans les ateliers, etc., sont la source d'un danger incessant.

Nous voyons ces conditions réalisées à peu près dans la moitié des observations que nous rapportons dans cette thèse. Dans cinq de ces observations les sujets atteints de la lésion en question ont été des gardes-malades.

Ainsi la malade qui fait l'objet de la première observation, âgée de quarante-cinq ans, sans aucun antécédent personnel ni héréditaire de tuberculose, s'est fait une blessure à la main avec une bûche pendant qu'elle soignait sa fille, atteinte de tuberculose pulmonaire, et morte depuis. A l'endroit lésé est apparu un petit nodule qui s'est progressivement étendu et a fini par atteindre une largeur de 2 centimètres.

Les Observations VII et XI sont, au point de vue étiologique, calquées sur celle que nous venons de citer : les malades furent atteintes de leurs plaques verruqueuses après avoir soigné l'une sa fille, l'autre sa sœur, mortes après toutes les deux phtisiques.

Dans l'Observation IV nous voyons une cultivatrice de bonne santé habituelle, sans le moindre antécédent héréditaire suspect, laver un jour quelques mouchoirs de tuberculeux ; quinze jours après apparaissait à la face dorsale de la main un petit tubercule qui s'est progressivement étendu et a fini par envahir une grande partie de cette région du corps.

L'observation de MM. W. Dubreuilh et B. Auché (Obs. XXII) présente les plus grandes analogies avec la précédente. La malade, âgée de vingt-trois ans, fut atteinte de sa lésion de la main après avoir lavé les mouchoirs de sa maîtresse phtisique, morte après, chez laquelle elle a été pendant un mois en service.

Notre Obs. VIII ne diffère pas beaucoup de celles que nous venons de citer. Ici il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, qui, malgré son état général laissant beaucoup à désirer et sa laryngite antérieure, sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixé, ne présentait, le jour où il est venu à la consultation de M. le docteur Dubreuilh, aucun signe bien manifeste de tuberculose pulmonaire. Ce malade s'aperçoit

de sa lésion quelques mois après la mort de son voisin et ami, atteint de tuberculose, avec lequel il passait la plus grande partie de sa journée.

Dans les six observations que nous venons de mentionner, c'est un sujet tuberculeux qui a inoculé directement ou indirectement au malade le virus qui a produit la plaque tuberculeuse. Mais il y a des cas où ce n'est plus un homme, mais un animal qui est le sujet contaminant. L'Observation II fournit un bel exemple de ce genre d'inoculation tuberculeuse. La malade qui fait l'objet de cette observation, une vieille femme de soixante-cinq ans, a toujours joui d'une excellente santé. Un mois et demi à peu près avant sa présentation à la Clinique, elle fut mordue par un petit chien dans le milieu du dos de la main. La plaie consécutive à cet accident, au lieu de se cicatriser normalement, ne fit que suppurer et s'aggraver et, comme dernier résultat de cette morsure, c'est une plaque verruqueuse qui est sortie à l'endroit lésé. Le petit chien, cause première de l'affection, ne se faisait pas faute, au dire de la malade, de fouiller dans toutes les saletés qu'il pouvait rencontrer dans les rues. Nous pensons que dans ce cas c'est par sa salive, où devaient se trouver quelques bacilles de Koch, qu'il a infecté la plaie au moment même de la morsure.

Assez souvent c'est par l'intermédiaire d'un objet quelconque que se fait l'inoculation. Parfois cet objet peut être infecté et porter avec lui le virus ; dans ce cas, l'infection de la peau se fait au moment même de la production de la blessure ; d'autres fois, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'objet étant propre, non infecté, a préparé tout simplement la porte d'entrée du bacille spécifique, et ce n'est que plus tard, d'une façon bien différente, par l'air, par l'eau, par le sol, par les vêtements que se fait la contamination.

C'est de cette dernière façon, pensons-nous, que se sont produites les plaques verruqueuses chez nos malades des Observations III et IX. Dans ces deux cas, les malades se sont aperçus de leur lésion après s'être fait une petite écorchure à la main, l'un avec un clou, l'autre avec une bûche.

Un groupe de faits très intéressants est celui où la lésion est apparue après la perforation de l'oreille. Mais nous verrons plus bas que dans ce dernier cas, au lieu d'une plaque verruqueuse, c'est le plus souvent un lupus tuberculeux qui se développe.

Nous laisserons ici de côté les cas de tuberculose consécutive à la circoncision, qui forment un groupe bien distinct tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue étiologique. Cette marche spéciale des lésions est due évidemment au jeune âge des malades qu'elles atteignent.

Le virus infectieux, localisé au début de l'affection seulement sur le tégument, finit par envahir parfois les vaisseaux lymphatiques, les ganglions où ces derniers aboutissent et, dans des cas très rares, le poumon lui-même. Par suite de cette propagation de proche en proche du bacille au poumon, il se développe, à la longue, une tuberculose pulmonaire qui enlève le malade. Mais il est des cas, assez rares cependant, où cette tuberculose pulmonaire précède la lésion cutanée. Dans ce cas, cette lésion se fait le plus souvent par auto inoculation. On peut expliquer cette auto-inoculation de deux façons : ou bien que, sous l'influence du traumatisme, la tuberculose s'est localisée secondairement au point lésé, ce point présentant dans le cas particulier une *minoris resistentiæ* pour le bacille, ou bien, ce qui est encore plus vraisemblable, que le malade en s'essuyant la bouche avec le dos de la main et surtout du pouce, s'inocule les bacilles de ses propres crachats. Le siège fréquent de la lésion au niveau

de la face dorsale du pouce et du premier métacarpien rend cette explication très plausible. Ce genre d'inoculation tuberculeuse se fait d'autant plus facilement que l'existence d'une tuberculose pulmonaire constitue, pour le sujet qui en est atteint, un terrain propre au développement du bacille de Koch, ce qui s'ensuit des expériences de Charrin qui a démontré que la tuberculose ne donne aucune immunité, et que chez un animal rendu tuberculeux par une première inoculation, on peut provoquer une nouvelle tuberculose locale qui offrira la même marche et les mêmes lésions que la première. Dans ces derniers cas, lorsque la tuberculose verruqueuse se développe à la suite d'une auto-inoculation chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, non encore parvenu à la période de consomption, non encore phtisique, elle présente, d'après Besnier, quelques caractères particuliers.

Nous trouvons deux exemples de tuberculose verruqueuse produite par auto-inoculation dans les Observations V et VI. Le malade qui fait l'objet de l'Observation V, âgé de vingt-neuf ans, de profession garçon de café, présente tous les signes de la tuberculose pulmonaire du début. La lésion cutanée est apparue à la suite d'une coupure qu'il s'est faite au milieu du quatrième espace interdigital, en nettoyant un verre. Dans l'Observation VI, il s'agit d'une malade chez laquelle on trouve aussi manifestement une induration du sommet droit. Ici, il est impossible de trouver l'origine de la porte d'entrée du bacille.

Il y a des cas où une plaque verruqueuse s'est montrée dans une région éloignée du foyer tuberculeux primitif. Notre Observation I est un bon exemple de ce mode d'inoculation. La malade s'est fait une plaie au médius droit avec une bûche. Cette plaie n'a jamais guéri, elle a suppuré, elle a donné naissance à une petite ulcération et, quelque temps

après, une lésion semblable est apparue à l'index gauche. Lors de la présentation de la malade à la Clinique, elle portait deux placards de 2 centimètres de large aux endroits même où siégeaient les ulcérations. Il est rationnel, nous semble-t-il, d'attribuer dans ce cas la lésion de l'index gauche à une auto-inoculation par transport de l'agent virulent pris au niveau du foyer tuberculeux primitif du médius droit.

On pourrait rapprocher de ces faits ceux où un foyer tuberculeux profond, tel qu'une carie osseuse ou une tumeur blanche, s'inocule à la peau, à l'orifice d'une fistule par exemple. Les observations de Volkman, Liebreiht, Jeanselme, Leser montrent que dans ces cas, au lieu d'une plaque verruqueuse, c'est un lupus tuberculeux qui se produit le plus souvent. Il semblerait que c'est par suite de son éloignement du foyer tuberculeux riche en bacilles, que la tuberculose tégumentaire se présente, dans ces derniers cas, sous une forme moins virulente, la forme lupeuse classique.

Cependant il ne manque pas d'exemples de tuberculose verruqueuse développée par inoculation secondaire à la suite d'ouverture de foyers tuberculeux profonds. C'est ainsi que le professeur Leloir rapporte dans son *Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes*, trois cas de *lupus scléreux-papillomateux* développé dans ces conditions.

Dans le premier de ces trois cas il s'agit d'un *lupus scléreux-papillomateux* inoculé au pourtour d'une fistule consécutive à une carie du calcanéum et qui a fini par envahir la peau de la malléole externe et de la face externe du pied.

Dans le deuxième cas, la lésion a eu pour origine une coxalgie suppurée et, enfin, dans le troisième cas, elle s'est montrée autour d'une fistule rectale d'origine tuberculeuse et s'est étendue sur la peau de la fesse et de la région périnéale.

Besnier a observé aussi un cas de tuberculose verruqueuse à la suite d'une fistule périnéale.

Lyot et Gautier (1) relatent un cas de tuberculose verruqueuse ayant pour point de départ une lésion osseuse de nature tuberculeuse siégeant à l'épicondyle.

Prioleau (de Brives) (2) a observé aussi une tuberculose verruqueuse secondaire à une fistule tuberculeuse consécutive elle-même à une carie du premier métacarpien.

De toutes ces observations on voit bien que la tuberculose cutanée produite par propagation du virus infectieux, né dans un foyer tuberculeux profond, peut se présenter parfois sous l'aspect de la tuberculose verruqueuse. bien qu'elle prenne le plus souvent l'aspect du lupus tuberculeux typique.

De même qu'il y a des cas de tuberculose verruqueuse produite non pas par inoculation directe du virus par voie externe, mais par continuité par des foyers tuberculeux profonds, il y en a d'autres où l'inoculation directe externe a donné lieu à la formation au point inoculé d'un lupus classique. Ce fait est d'une importance capitale parce que certains auteurs nient d'une façon absolue cette origine du lupus. Se basant sur certains caractères différentiels qui séparent le lupus vulgaire de la tuberculose verruqueuse de la peau, ces derniers dermatologistes s'obstinent à reconnaître la même origine pour ces deux lésions, qui, en somme, ne forment que deux variétés d'une seule et même affection. Ils disent que l'inoculation de la peau par le virus venu de dehors peut donner naissance à l'ulcération tuberculeuse, à la tuberculose verruqueuse, mais jamais au lupus vulgaire qui ne présente rien de commun avec la tuberculose cutanée.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1888.
(2) *Etudes expér. et clinique sur la tuberculose*, 1891.

Plusieurs auteurs ont publié des cas d'inoculation tuberculeuse donnant naissance à un lupus vulgaire typique.

Dans nos trois observations suivantes nous trouvons cette même particularité.

Observation XV

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Lupus tuberculeux du front chez une femme âgée. — Inoculation probable.

Mme M..., âgée de cinquante ans, est d'une famille sans tare tuberculeuse et jouit elle-même d'une excellente santé.

Son mari est mort il y a huit à dix ans, de tuberculose pulmonaire.

Il y a onze ans, elle a remarqué sur le côté droit du front une petite lésion qui a constamment grandi depuis, formant une ulcération croûteuse.

Elle a consulté il y a quelques mois, M. le docteur B... qui a fait des cautérisations à l'acide lactique et qui a amené une cicatrisation presque complète de la lésion. Elle vient consulter le 16 avril 1895 M. le docteur W. Dubreuilh. On trouve alors sur la bosse frontale droite, à la lisière des cheveux, une plaque de lupus tuberculeux typique de la grandeur d'une pièce de cinq francs, de forme très irrégulière, constituée par des amas de tubercules rougeâtres, mous, séparés par des brides cicatricielles dures.

Amélioration progressive sous l'influence du traitement chirurgical, sous forme de séances répétées d'ignipuncture ou de curettage.

Observation XII (Personnelle).

Lupus tuberculeux du lobule de l'oreille consécutif à sa perforation.

V. L..., âgée de quatorze ans, se présente le 19 mai 1896 à la Maison de Santé, à la consultation de M. le docteur Dubreuilh, pour une lésion cutanée siégeant au niveau du lobule de l'oreille gauche.

On ne trouve rien d'important du côté de ses antécédents héréditaires. Ses parents sont en vie et bien portants ; elle a trois sœurs bien portantes aussi. Pas de tuberculeux dans son entourage.

Elle-même a toujours joui d'une excellente santé ; elle n'a jamais fait aucune maladie sérieuse et n'a présenté, à aucun moment de son existence, le moindre accident strumeux.

Il y a seize mois, un bijoutier lui a percé les deux oreilles avec la même épingle. La plaie de l'oreille droite, consécutive à la perforation, s'est cicatrisée vite et a guéri au bout de quelques jours, sans complication. La plaie de l'oreille gauche a mis plus longtemps pour guérir. Le bijoutier ayant déchiré le lobule de l'oreille presque tout entier, la plaie, résultant de cette déchirure, a suppuré pendant très longtemps et ce n'est qu'au bout de trois mois, après un traitement long et bien mené, qu'elle a cicatrisé. Elle est restée cicatrisée et parfaitement guérie pendant sept mois.

Il y a six mois, les parents de la malade ont voulu lui faire repercer l'oreille, mais, pensant que le retard de la cicatrisation de la plaie en question était du à une faute de l'opérateur, ils ont changé de bijoutier.

Quelques jours après cette nouvelle perforation, l'oreille paraissait à peu près guérie et la malade commença à porter des pendants

d'oreille. Mais, au dire de cette dernière, l'oreille, à partir de la seconde perforation, a toujours été un peu douloureuse surtout à la pression. La malade continuait à porter ses boucles d'oreille, malgré les douleurs auxquelles elles donnaient lieu, jusqu'à ces derniers jours lorsqu'on les lui a sorties pour les faire arranger. Depuis ce jour la lésion a commencé à faire des progrès.

19 mai. — Le lobule de l'oreille est très légèrement rouge et gonflé. il est cependant à peine plus gros que son congénère. On sent à la palpation un épaississement notable au niveau de la perforation qui est oblitérée, les boucles d'oreille ayant été enlevées il y a huit jours. De chaque côté du lobule, au niveau des deux orifices de la perforation, on trouve un nodule saillant, du volume d'un petit pois, couvert de croûtes et de squames lamelleuses. En enlevant ces squames on trouve un nodule charnu, rouge violacé, extrêmement mou au toucher, indolent, recouvert d'un épiderme mince et transparent et offrant tous les caractères d'un lupus myxomateux.

Observation XVII

(Clinique Dermatologique de la Faculté.)

Lupus tuberculeux par inoculation probable.

M. D..., âgée de vingt-cinq ans, vient consulter M. le docteur Dubreuilh, pour la première fois, en mai 1890.

Il n'y a rien de particulier à noter du côté de ses antécédents héréditaires. On ne trouve aucune tare tuberculeuse dans sa famille. Les parents de la malade sont bien portants ; elle a un frère et deux sœurs qui ont toujours joui d'une bonne santé.

Elle-même, de constitution forte et d'une taille élevée, s'est toujours

bien portée; elle n'a jamais présenté aucun signe de scrofulo-tuberculose. Elle prétend n'avoir jamais été en contact avec des malades tuberculeux.

La lésion qu'elle porte à l'oreille droite, a débuté il y a quinze ans, époque à laquelle un bijoutier lui a percé l'oreille. Quelques jours après, il est apparu, au lobule de l'oreille, à l'endroit même perforé, un petit nodule que l'on a traité pendant fort longtemps pour de l'eczéma.

Depuis son apparition, la lésion n'a pas cessé de s'aggraver et de s'étendre, et, malgré le traitement institué pour combattre l'eczéma prétendu, elle a envahi les régions voisines.

Lorsque la malade, il y a six ans, vint pour la première fois consulter M. le docteur Dubreuilh, la lésion occupait déjà la plus grande partie du pavillon de l'oreille. M. le docteur Dubreuilh porte le diagnostic de lupus tuberculeux typique par inoculation probable et fait suivre le traitement approprié.

Depuis lors, la maladie marche vers la guérison.

La malade prétend que le bijoutier qui lui a percé l'oreille paraissait être bien souffrant : il était pâle, très amaigri, débilité. L'ayant perdu de vue, elle ne peut pas renseigner s'il est mort ou s'il vit encore.

On voit bien que dans ces trois cas, il s'agit de lupus vulgaire classique développé à la suite de l'inoculation tuberculeuse de la peau par voie externe.

Dans l'Observation XV, le lupus tuberculeux paraît être développé dans les mêmes conditions que la tuberculose verruqueuse de notre malade de l'Observation VIII. Les malades qui font l'objet de ces deux observations se sont aperçus, en effet, de leurs lésions cutanées, après avoir été, pendant fort longtemps, en contact avec des tuberculeux, sans qu'ils puissent conserver le souvenir de la lésion initiale qui a servi de porte d'entrée au bacille.

Dans les Observations XVI et XVII, il s'agit de deux malades, âgées, l'une de quatorze ans, l'autre de vingt-cinq ans, atteintes de lupus tuberculeux du lobule de l'oreille, consécutif à la perforation de l'oreille par un bijoutier. Dans ces deux cas, il n'est pas bien aisé d'expliquer l'origine du virus infectieux et la façon selon laquelle s'est fait l'inoculation. Est-ce l'opérateur lui-même qui a infecté la plaie au moment de la perforation, comme c'est le cas, pensons-nous, dans l'Observation XVII, est-ce après, d'une façon bien différente, que s'est fait la contamination, la porte d'entrée du virus étant déjà préparée?

Nous sommes à ce sujet complètement livré à des suppositions. Du reste, cette origine du virus infectieux ne présente aucun intérêt particulier, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, elle reste souvent complètement inconnue, même dans les cas les plus vraisemblables de tuberculose cutanée inoculée.

Nous trouvons dans les auteurs encore un certain nombre d'observations de ce genre.

Ainsi, Leloir a communiqué, en 1888, au *Congrès international de la tuberculose*, l'observation d'un cas de lupus myxomateux du lobule de l'oreille développé chez un enfant et résultant, selon toute vraisemblance, de l'inoculation d'un impétigo chronique de l'oreille par le virus tuberculeux, qui y fut appliqué un grand nombre de fois et d'une façon prolongée, au moyen de cataplasmes de vers de terre. Ces vers de terre avaient été recueillis dans un endroit où était enseveli un poulain mort de tuberculose.

M. Leloir (1) a observé encore trois cas de lupus apparus

(1) *Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.*

manifestement à la suite d'inoculation directe du virus par voie externe. Dans deux de ces cas il s'agit de lupus classique caractéristique. Dans le premier cas le lupus est apparu au niveau du centre de la joue d'une petite fille, atteinte deux ans auparavant d'eczéma chronique de cette région que sa mère, phtisique, pansa tous les jours au moyen de croûtes de pain qu'elle mâchait avant de les appliquer.

Le lupus s'est développé dans le second cas sur le nez d'une jeune fille qui vivait avec sa sœur atteinte de tuberculose pulmonaire. La jeune fille se servait fréquemment du mouchoir de sa sœur, mouchoir ordinairement imbibé des crachats de celle-ci.

Dans le troisième cas, observé par Leloir en 1890, il s'agit d'un lupus en partie tuberculo-croûteux, en partie papillomateux développé à la région nasogénienne droite et survenu à la suite d'un coup d'ongle du même endroit que la malade avait reçu d'un enfant en le soignant. A la même époque la malade lavait les mouchoirs d'un phtisique, et elle se rappelait très bien qu'en lavant ces mouchoirs imbibés de crachats tuberculeux, elle portait souvent ses doigts sur le point lésé de la face.

Lipp (1) a observé aussi un cas de lupus de la face qu'une mère tuberculeuse avait inoculé, par ses baisers, à son enfant atteint d'excoriations antérieures.

Jadassohn (2), W.-T. Corlett (3), Wolters (4) ont rapporté aussi, chacun à son tour, des cas de lupus tuberculeux classiques consécutifs à l'inoculation du virus tuberculeux directement sur la peau.

(1) Lipp. — *Wiener med. Presse,* 1889.

(2) Jadassohn. — Ueber inoculations lupus, *in Virchow's Archiv.*, t. CXXI, 1890, p. 210.

(3) Corlett. — *Journal of cut. und genitourinary diseases*, avril 1893, p. 146.

(4) Wolters. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, p. 808.

Jadassohn rapporte deux observations de ce genre. Dans la première il s'agit d'un garçon boucher, sans antécédents tuberculeux, qui, à la suite d'une coupure de l'index, fut atteint d'une ulcération persistante à l'endroit coupé et de nodules secondaires occupant l'avant-bras et le bras suivant le trajet des lymphatiques correspondant à l'ulcération primitive.

L'examen microscopique des lésions excisées montra dans la lésion primitive et surtout dans les lésions secondaires, la structure typique du lupus avec de très rares bacilles. Les nodules secondaires offraient, du reste, l'aspect clinique du lupus.

Dans la seconde observation de Jadassohn il s'agit d'une femme âgée de trente ans, qui s'est fait tatouer à l'avant-bras par un phtisique qui délayait la couleur avec sa salive. Quelque temps après, à l'endroit tatoué, sont nés cinq nodules ulcéreux dont les bords présentaient des tubercules lupiques tout à fait caractéristiques.

A l'examen microscopique la lésion présentait la structure typique du lupus. On a trouvé trois bacilles seulement par la méthode de Urua (Violet de méthyle, KiH^2O^2).

Dans le cas de W.-T. Corlett il s'agit d'une femme, âgée de quarante-deux ans, bien portante, qui avait l'habitude d'aller voir une amie atteinte de tuberculose pulmonaire, de l'embrasser longuement, et qui avait eu à plusieurs reprises, la figure souillée par ses crachats. Quelque temps avant la mort de son amie, elle vit débuter une lésion minuscule, d'abord vers le front, qui s'étendit sur les régions voisines et prit peu à peu tous les caractères du lupus classique.

Des deux cas rapportés par Wolters, l'un concerne un garçon de six ans, bien portant, sans antécédents héréditaires. Il y a deux ans, il a été blessé à la joue avec la pointe d'une

fourche à fumier. La plaie se cicatrisa rapidement. Au bout d'un an, la cicatrice s'excoria spontanément. Au moment de l'entrée du malade à la Clinique il existait dans la région lésée un lupus vulgaire typique.

Le second malade a été présenté à la Société médicale du Bas-Rhin par le professeur Doutrelepont. Il s'agit d'un étudiant en médecine de vingt-deux ans, sans antécédents tuberculeux héréditaires ni personnels. Dans un duel il reçut plusieurs estafilades sur la tête qui furent réunies par des points de sutures qu'on enleva le quatrième jour ; les plaies n'étaient réunies que superficiellement. A l'époque du duel le malade faisait de nombreux examens de crachats; pendant qu'il examinait les crachats, il portait incessamment ses mains, non désinfectées, aux endroits lésés de sa tête et, en se grattant, il enlevait souvent les croûtes qui recouvraient les plaies.

Deux mois après le duel, le malade présentait à la tête plusieurs cicatrices rouges, saillantes, de dimensions variables, dans lesquelles on voyait des papules rouge brun, les unes en desquamation légère, les autres recouvertes de petites croûtelles. A l'examen microscopique on avait trouvé des bacilles tuberculeux en petit nombre, mais nettement caractérisés.

Des observations multiples que nous venons de citer, on voit que parfois l'infection directe, par voie externe, du tégument par le virus tuberculeux, donne naissance à un lupus typique et, si dans la plupart des cas observés jusqu'à présent, cette inoculation tuberculeuse n'a donné lieu qu'à la production de la tuberculose verruqueuse ou du tubercule anatomique, qui n'est du reste que son synonyme, c'est parce que certaines conditions nécessaires au développement du nodule lupeux classique n'étaient pas réalisées

En effet, nous verrons plus bas que lorsque l'inoculation du virus par voie externe se fait sur la peau de la main et surtout des doigts, c'est à la tuberculose verruqueuse qu'elle donne naissance, tandis que c'est un lupus tuberculeux qui se développe le plus souvent lorsque cette inoculation se fait sur la face.

Aussi, pour finir avec cette question des traits de parenté que présentent la tuberculose verruqueuse et le lupus tuberculeux, au point de vue étiologique et pathogénique, nous dirons, avec le regretté professeur Leloir, que dans un certain nombre de cas le lupus reconnaît le même mode de production que la tuberculose verruqueuse de la peau et que si dans beaucoup de cas l'inoculation tuberculeuse n'a pas produit le lupus, c'est parce que « certaines conditions que nous ne connaissons pas, mais que l'on devra sans doute chercher dans la quantité et peut-être dans la qualité du virus tuberculeux, inoculé dans l'état de réaction locale et générale, le siège anatomo-pathologique, etc., etc., n'ont pas été réalisées. »

Il est aujourd'hui difficile de dire dans quelles limites l'affaiblissement vital du sujet inoculé prépare et facilite le développement de la tuberculose verruqueuse de la peau, jusqu'à quel point les cachexies, l'alcoolisme, le surmenage, peuvent créer un terrain plus favorable pour la réussite de l'inoculation. Assez souvent cette affection se montre chez des sujets vigoureux, ne présentant dans leurs antécédents héréditaires ni personnels aucune tare tuberculeuse. Tous les malades qui font l'objet de nos observations, à part les deux cas où il s'agit probablement d'auto-inoculation (Obs. V et VI), ont toujours joui d'une excellente santé. Chez sept de ces malades, on ne trouve aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

Si le terrain ne paraît avoir aucune influence sur le développement de la tuberculose verruqueuse, il est, au contraire, démontré par la clinique que lorsqu'il s'agit de l'extension des manifestations tuberculeuses, l'état général du sujet tient le premier rang. Chez les débilités, les scrofuleux, les lésions rayonnent plus rapidement et la généralisation est un des aboutissants le plus à redouter.

Il faut ajouter encore que l'état de la plaie et de la peau au moment du contact du virus, leur inflammation en particulier, paraît jouer un rôle dont il faut aussi tenir grand compte.

Comme les adultes, soit par leur profession, soit par leur situation sociale, sont plus fréquemment exposés à être en contact avec des substances contenant le bacille de Koch, c'est généralement chez des sujets de l'âge moyen que nous rencontrons le plus souvent l'affection qui nous occupe. Cependant cette règle n'est pas absolue, ainsi que le démontre nos observations, où nous voyons qu'une fillette de onze ans (Obs. IX), des femmes, âgées de cinquante-huit ans (Obs. IV), de soixante-cinq ans (Obs. II), de quatre-vingt-trois ans (Obs. XIII), n'ont pas pu lui échapper.

Quant à ce qui concerne le sexe, les auteurs sont d'accord pour admettre que c'est l'homme qui en est le plus souvent atteint. Cependant, des quatorze cas de tuberculose verruqueuse que nous rapportons dans ce travail, nous voyons que dans quatre seulement les malades sont du sexe masculin, tandis que dans les dix autres cas, il s'agit de malades de tous les âges appartenant au sexe féminin. De plus, dans ces quatorze cas, les malades, hommes ou femmes, furent atteints de leur affection soit en soignant des malades, soit après avoir été accidentellement blessés, sans que le sexe eût pu intervenir d'une façon quelconque. Aussi nous

dirons que le sexe n'a aucune influence sur le développement de la lésion et si dans la plupart des observations publiées par les auteurs, c'est l'homme qui fut le plus souvent en cause, c'est parce que, par ses professions, il est exposé à être plus fréquemment en contact avec des hommes ou des animaux tuberculeux.

Au point de vue du siège de la lésion, c'est la main qui est le plus fréquemment atteinte ; les doigts, le pouce et l'index en particulier en sont le siège de prédilection. Cette prédilection s'explique par l'état habituellement découvert de ces parties, par leur contact fréquent avec une série d'objets capables d'occasionner l'inoculation tuberculeuse. Mais cette dernière peut se faire en d'autres régions, au poignet, par exemple (Obs. XI), au niveau de l'olécrâne (Angibaud) (1), etc. Il y a des cas de tuberculose tégumentaire inoculée à la face. Quand elle se fait à cette dernière région, les caractères cliniques de la lésion qui en résulte prennent un aspect particulier; dans ce cas, comme nous l'avons déjà dit, au lieu de la tuberculose verruqueuse, c'est un lupus vulgaire qui apparaît à l'endroit lésé. Dans trois de nos observations nous trouvons cette particularité (Obs. XV, XVI, XVII).

Toute région du corps atteinte d'une solution de continuité peut d'ailleurs être infectée, pour peu que le virus soit amené à son contact.

A la suite de l'inoculation tuberculeuse, la plaie, qui a donné passage au germe infectieux, peut se cicatriser dans des conditions normales ou persister sans se fermer avec les aspects d'une plaie simple. Le premier de ces cas est réalisé dans l'Observation V. Le malade, en nettoyant un verre, s'est coupé au niveau du quatrième espace interdigital ; la plaie

(1) Thèse Paris, 1890.

s'est cicatrisée sans aucune complication, et c'est quatre ou cinq mois seulement après l'accident qu'à l'endroit même de la coupure s'est formé un petit bouton, manifestation initiale de la lésion ultérieure.

Dans l'Observation II nous voyons se réaliser le second cas. D. M..., âgée de soixante-cinq ans, sans antécédents tuberculeux, fut mordue un jour dans le milieu du dos de la main par un petit chien. A la région mordue de la main est apparu un petit abcès qui, quelques jours après, s'ouvrit laissant s'écouler une quantité assez considérable de pus. Après son ouverture, l'abcès fut remplacé par un ulcère sans caractères particuliers au commencement, et ce n'est qu'un mois et demi après l'accident que l'ulcération primitive, prenant l'aspect papillomateux, s'est étendue et la malade se décida à se présenter à la consultation.

La durée elle-même de l'inoculation est fort variable selon les cas. Dans quelques faits à marche rapide, les premières manifestations de la lésion font apparition dès le quatrième jour. Une de nos malades (Obs. IV) s'est aperçue de son tubercule de la main quinze jours après avoir lavé des mouchoirs de tuberculeux. D'autres fois les manifestations initiales de la lésion se font attendre plus longtemps; ainsi, chez le malade de Jeanselme (Obs. XVIII), c'est après un mois; chez la malade de Merklen (Obs. XIX) après deux mois se sont montrés les premiers symptômes; chez notre malade de l'Observation V c'est quatre ou cinq mois seulement après l'accident que le tubercule initial est apparu, mais généralement c'est 8, 10, 15 jours après l'introduction du bacille dans le tégument que les premiers signes de la lésion se manifestent.

DESCRIPTION ET MARCHE

Le début habituel de la tuberculose verruqueuse se fait par l'apparition d'un petit bouton (Obs. IV, V, VII), d'une papule ayant d'abord les dimensions d'une lentille, de couleur rouge violacé. Au centre de cette papule se montre un point blanc qui se ramollit, s'ulcère, laisse écouler un pus mal lié et séreux, enfin se recouvre d'une petite croûte jaunâtre. Généralement à ce premier bouton blanc viennent s'en ajouter d'autres qui se développent à la périphérie, se fusionnent, en s'accroissant, avec le premier et arrivent ainsi à constituer une lésion plus étendue. Cette manifestation initiale de la lésion forme au début une très légère saillie au-dessus de la peau voisine; ses bords, rouge violacé, se séparent nettement de la peau saine. Celle-ci a sa coloration, sa consistance et son aspect normaux ; elle n'est point infiltrée et le passage de la peau saine à la partie malade se fait sans transition.

Dans quelques cas, le début se fait par des phénomènes d'inflammation plus intense et un véritable abcès succède à l'inoculation. Nous rencontrons ce mode de début chez la malade qui fait l'objet de l'Observation II. Etant mordue un jour par un petit chien dans le milieu du dos de la main, elle

s'aperçut, quelque temps après l'accident, qu'à l'endroit lésé apparaissait un abcès. A la suite d'application de cataplasmes, l'abcès s'ouvrit et donna naissance à une petite ulcération qui, après avoir suppuré pendant quelque temps, prit petit à petit le caractère papillomateux et s'étendit sur les régions voisines pour former une plaque des dimensions d'une pièce de 2 francs. Un mois et demi après l'accident, la plaque avait déjà tous les caractères d'une plaque de tuberculose verruqueuse.

Enfin, il y a des cas (Obs. I) où la plaie produite par l'objet vulnérant (une bûche dans notre cas), au lieu de guérir, se met à suppurer, s'ulcère, se recouvre d'une croûte grisâtre et donne finalement naissance à une plaque verruqueuse.

La tuberculose verruqueuse de la peau, à l'état de complet développement, se présente sous la forme de plaques de dimensions variables, depuis celle d'une pièce de 50 centimes (Obs. VII), jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs (Obs. X) et même davantage (Obs. XI). L'extension d'une plaque se fait toujours par le développement de lésions nouvelles à sa périphérie, alors que sa partie centrale représente l'altération à son degré le plus avancé ou déjà en rétrocession ; sa forme est irrégulièrement arrondie, ovalaire (Obs. IV) ou serpigineuse, si elle s'est formée successivement d'îlots, d'abord isolés, et confondus plus tard.

A la périphérie de la plaque existe un liséré érythémateux disparaissant sous la pression du doigt, sans saillie bien appréciable ; les orifices glandulaires sont nettement distincts. Ce liséré n'a pas le même aspect sur toute la périphérie de la plaque. Au niveau des points de la périphérie où la lésion est stationnaire depuis longtemps, ce liséré perd sa teinte érythémateuse ; il offre une teinte pâle qui se confond insensiblement avec la coloration blanchâtre de la surface croû-

teuse. Par contre, dans les points où la lésion est en voie de progression, son bord tranche nettement sur l'aspect de la surface croûteuse qui lui est contiguë. A ce niveau, le liséré a une teinte érythémateuse très accentuée, rouge violacé et nettement inflammatoire. La pression y est plus douloureuse que sur les parties anciennes de la plaque.

Immédiatement en dedans de la zone érythémateuse, on remarque de petites pustules très superficielles ou bien des croûtelles arrondies et des squames, vestiges de pustules. Ici la peau est d'un brun livide et devient jaunâtre sous la pression du doigt; elle est le siège d'une légère infiltration.

A mesure que l'on se rapproche du centre, les altérations sont plus prononcées. En effet, en dedans de la zone moyenne que nous venons d'étudier, il est une troisième zone, zone centrale, qui se caractérise par sa saillie (cette saillie s'élève de 2 à 4 millimètres au-dessus de la peau voisine, suivant le cas), sa surface irrégulière et ses excroissances papillomateuses, qui sont d'autant plus proéminentes qu'on se rapproche du centre de la lésion; à ce niveau, elles peuvent mesurer plus d'un demi-centimètre de hauteur. Ces papilles sont recouvertes de croûtes épaisses, formées par des lamelles d'épithélium corné, croûtes qui dissimulent la teinte livide de la peau. Les intervalles des papillomes renferment des rhagades, des érosions, des pustules. Les érosions correspondent aux plis normaux de la peau, car il est à remarquer que les tissus malades ont conservé généralement assez de souplesse pour permettre la formation des plis qui se produisent pendant les mouvements de la partie qu'ils occupent. La plaque malade est en effet parfaitement mobile, dans son ensemble, sur les tissus sous-jacents et les mouvements des articulations voisines sont absolument libres. A ce niveau de la lésion, les orifices glandulaires et les follicules pileux ne

sont plus perceptibles. Ça et là on peut retrouver, chez certains sujets, un poil langineux qui se laisse facilement arracher.

A certaines périodes de la maladie, une légère pression, exercée à la base de la plaque, fait sourdre, par les fissures, comme d'une écumoire, des gouttelettes de pus. Mais chez certains malades (Obs. VIII) atteints depuis un an, deux ans et davantage de cette lésion, on n'a jamais vu sortir la moindre goutte de pus à la suite d'une forte pression.

La peau voisine de la plaque est absolument normale, elle n'est point infiltrée.

En faisant tomber par le raclage ou l'application de cataplasmes les croûtes qui recouvrent la plaque, on met à nu une surface papillomateuse, dont l'aspect rappelle celui d'un grand nombre de verrues intimement accolées les unes aux autres. On constate alors, plus nettement qu'avant, la chute des croûtes, et la disposition fissuraire de la lésion, et la présence de petites surfaces suppurantes au fond des sillons.

A une période avancée de la maladie, les phénomènes de la rétrocession se produisent dans les régions les plus anciennement atteintes ; les croûtes s'amincissent et disparaissent peu à peu d'elles-mêmes ; les petits abcès interpapillaires cessent de se produire ; les excroissances papillaires s'affaissent à leur tour, s'amincissent et finalement disparaissent tout à fait, laissant à leur place une cicatrice squameuse, mince, superficielle, surtout remarquable par son aspect criblé ou réticulé. Le réticulum tranche, par sa teinte blanche, sur le fond violacé de la cicatrice.

Ce travail de cicatrisation débute ordinairement par les parties centrales de la plaque, mais ce n'est pas là une disposition nécessaire et, surtout dans les plaques étendues, on

peut le voir débuter par plusieurs points à la fois ; il est probable en pareil cas, que ces points correspondent à des centres de développement multiples, et que la plaque unique en apparence n'était grande que parce qu'elle était due à la fusion d'un certain nombre de plaques secondaires.

Dans d'autres cas cette cicatrisation de la plaque va du centre vers l'un des points de la périphérie pendant que les autres points restent stationnaires ou progressent, donnant à l'ensemble de la plaque l'aspect d'un fer à cheval.

Il n'est pas rare non plus de voir le travail de cicatrisation commencer au niveau de l'un des bords pour gagner le centre, pendant que le bord opposé est en progression.

Riehl et Paltauf ont constaté dans les plaques verruqueuses les lésions suivantes. La couche cornée, disent-ils, présente une épaisseur exagérée au niveau des excroissances papillomateuses et se compose d'une série de lamelles irrégulières. Au sommet des verrucosités les lamelles rappellent la disposition observée dans l'ichthyose hystrix ; à leur base se trouvent des dépressions ou cryptes remplies d'épithélium corné. Entre les couches d'épiderme corné on voit un exsudat desséché avec quelques noyaux encore colorés et des détritus kératinisés. Le stratum lucidum et le stratum granulosum ne sont qué peu modifiés, cependant le stratum granulosum est parfois absent. La couche des cellules épineuses est augmentée et empiète sur les couches sous-jacentes, surtout entre les papilles, sous forme de petites massues ou de dijitations. Au voisinage des petits abcès, cette couche est plus ou moins infiltrée de cellules rondes. A part les points abcédés, la membrane basale ne présente pas d'altérations.

L'altération principale siège dans les couches les plus superficielles de la peau, spécialement dans les papilles.

Celles-ci sont augmentées de volume dans tous les sens et recouvertes d'une épaisse couche cornée. Le stratum vasculosum sous-papillaire est infiltré de cellules embryonnaires ; cette infiltration s'étend plus en largeur qu'en épaisseur, empiète sur le corps papillaire, mais n'atteint qu'exceptionnellement le niveau des glandes sudoripares. Au voisinage de cette infiltration, on trouve des signes d'inflammation subaiguë, des cellules plus nombreuses qu'à l'état normal et des capillaires de nouvelle formation. Sur certains points, nodosités typiques constituées à leur périphérie par des cellules embryonnaires très serrées, au milieu desquelles on voit la lumière des capillaires dont les parois renferment de nombreux noyaux. Plus au centre, cellules épithéloïdes constituant parfois toute la partie centrale d'une nodosité, mais plus souvent entremêlées de quelques cellules géantes. La plupart des nodosités ont un centre caséeux et les cellules géantes sont surtout nombreuses sur les confins de la zone caséeuse. Ce sont, on le voit, les caractères très nets de la granulation tuberculeuse et du follicule tuberculeux.

A côté du processus de caséification se place le processus de suppuration, qui se manifeste dans les granulations immédiatement sous l'épiderme, au niveau de ses épaississements interpapillaires, sous forme de tout petits foyers. Le pus soulève, puis détruit l'épiderme aboutissant ainsi aux petits abcès miliaires ; puis, le petit abcès vidé, la crypte qui en résulte est comblée par l'épithélium proliféré. Le pus, mêlé aux lamelles d'épithélium, constitue les croûtes qui recouvrent les plaques verruqueuses (croûte lamelleuse d'Hébra).

Les glandes sébacées et les follicules pileux sont détruits de telle sorte qu'on ne les retrouve plus dans les cicatrices. Les glandes sudoripares restent intactes et c'est tout au plus si leurs canaux excréteurs se montrent parfois élargis et si leur épithélium devient corné.

Dans la substance même des cellules rondes, épithéloïdes et géantes, rarement dans leurs intervalles, on trouve les bacilles de la tuberculose. Le nombre de ces bacilles est quelquefois fort limité, et ce n'est qu'après une investigation minutieuse et menée avec le plus grand soin qu'on arrive à les trouver.

Ainsi, MM. Dubreuilh et Auché (1) n'ont trouvé que 2 bacilles dans 4 ou 5 lamelles sur lesquelles était étalé du pus des abcès froids de leur malade.

Les bacilles ont été plus rares encore dans le produit de raclage des gommes ulcérées. En effet, sur une dizaine de préparations, les auteurs n'ont pu trouver qu'un seul bacille bien net.

Généralement, les malades ne sont presque pas gênés par les plaques verruqueuses dont ils sont porteurs. Les symptômes subjectifs de l'affection sont tellement insignifiants qu'ils ne viennent consulter le médecin que longtemps après le début du mal.

Le plus souvent ils n'éprouvent aucune sensation au niveau de la lésion, surtout à l'état de repos; pas de battements, pas de pulsations vasculaires.

Parfois la lésion est légèrement douloureuse spontanément et surtout à la pression (Obs. X); dans ces cas, les chocs auxquels les régions malades, vu leur situation périphérique, sont fréquemment exposées, produisent souvent des douleurs très vives.

D'autres fois la lésion n'est nullement douloureuse, mais le malade ressent des démangeaisons souvent assez fortes au niveau de la plaque et dans son voisinage (Obs. II et IX).

Pendant les périodes où la lésion progresse d'une façon

(1) *Archives de méd. expérimentale*, 1890, t. II.

marquée, on a noté la production au niveau de la région malade d'une sensation de chaleur très pénible; dans ces cas, certains sujets plongent volontiers leurs mains dans l'eau, espérant retirer de cette manœuvre quelque soulagement.

La marche de la tuberculose verruqueuse est essentiellement chronique et, si l'on ne fait aucun traitement, la maladie peut durer des années et même la vie tout entière. Mais souvent la guérison se fait spontanément à la longue, et dans ce dernier cas, à l'endroit qu'elle occupait, se fait une cicatrice mince, à surface réticulée. Cette cicatrice est généralement constante et définitive.

Mais il y a des cas moins heureux où la lésion ne se borne pas au phénomène initial seulement; au lieu de rester locale, comme c'est la règle dans toutes les tuberculoses cutanées inoculées, elle peut devenir le point de départ d'infections secondaires qui peuvent se propager à une plus ou moins grande distance du point inoculé, infections qui peuvent amener la mort du sujet par l'importance des organes qu'elles atteignent.

C'est par les lymphatiques que se propage habituellement le virus infectieux et ce sont le plus fréquement ces mêmes voies qui sont atteintes les premières par lui, donnant ainsi naissance à une lymphangite spéciale à marche lente. Cette lymphangite prend son origine au niveau du foyer tuberculeux primitif. Le trajet des lymphatiques inflammées se présente sous l'aspect de cordons durs, saillants, appréciables à la vue, légèrement douloureux au toucher, moniliformes. A leur surface, la peau prend une teinte rosée, ou plus rarement conserve sa coloration normale. Le long du trajet de ces lymphatiques tuméfiées on voit des nodosités, une espèce de grains moniliformes qui ne sont autre

chose que des gommes tuberculeuses de volume variable. Ces gommes, d'abord petites, dures, indolentes, bien limitées, mobiles, nettement sous-cutanées, grossissent, s'empâtent, se ramollissent ; la peau qui les recouvre, d'abord indépendante, fait corps avec la tumeur, devient violacée, livide, s'amincit en même temps que la gomme devient fluctuante, puis se perce pour laisser évacuer un pus ténu, grumeleux, mal lié ; ainsi à la place qu'occupaient les gommes se forment de véritables ulcérations tuberculeuses, à cavités anfractueuses, à bords limités par une peau violacée, amincie, déchiquetée.

La description que nous venons de faire des lésions secondaires développées le long des vaisseaux lymphatiques émanant d'un foyer tuberculeux résulte de la lecture de l'observation communiquée par le docteur Merklen à la Société médicale des Hôpitaux en juin 1885, et de celle de M. Jeanselme publiée dans la thèse de Lefèvre.

Ces deux observations montrent des lésions, observées au niveau des vaisseaux lymphatiques, à marche peu envahissante, à extension lente. La marche des lésions a été surtout torpide dans le cas de Jeanselme où les foyers secondaires, onze mois après le début des accidents, n'avaient dépassé le poignet.

Nous reproduisons ici ces deux observations très importantes surtout au point de vue de la propagation de l'infection par les vaisseaux lymphatiques.

Observation XVIII (Jeanselme).

(Publiée dans la thèse de Lefèvre, Paris, 1888.)

Léontine M..., âgée de trente-sept ans, femme de ménage, entre le 13 juin 1887 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, puis dans celui de M. Le Dentu.

Son mari est mort il y a un an ; il toussait depuis très longtemps mais surtout dans les sept derniers mois de sa vie ; il crachait beaucoup et c'est la malade qui maniait ses mouchoirs. Il avait de plus une fistule à l'anus, très suintante, tachant ses chemises que sa femme lavait elle-même, parce qu'elle les trouvait trop sales.

Un mois après la mort de son mari, il y a onze mois environ, la malade voit apparaître sans douleur ni prurit, deux petits boutons à la main gauche, l'un sur la première phalange de l'annulaire à sa face palmaire, l'autre au pouce, près de l'angle à la face palmaire de la dernière phalange. La malade perça ces deux boutons avec une épingle ; il en sortit très peu de liquide blanc puis surtout de l'eau légèrement teintée et roussâtre. Chaque point blanc était situé sur une base indurée qui persiste encore aujourd'hui ; les plaies qui résultèrent de leur ouverture ne se sont cicatrisées qu'il y a un mois.

Une quinzaine de jours après l'apparition des deux boutons, survint sans douleur une sorte de nouure rouge sur le bord interne de la face dorsale de l'annulaire; quelques jours après nouvelle nouure vers la tête du métacarpien de l'annulaire, au centre du dos de la main; peu de temps après troisième nodule à moitié de la hauteur du métacarpien; enfin, il y a trois semaines un quatrième noyau, un peu plus gros, se développe à la face dorsale du poignet un peu au-dessous et en dehors de l'apophyse styloïde du cubitus.

Actuellement on trouve, occupant à peu près l'étendue de la face palmaire de la première phalange de l'annulaire gauche, un épaississement dermique nodulaire, du volume d'une noisette, dur, peu élastique; il est mobile sur les tissus profonds, tout à fait indolent, d'un gris pâle, légèrement violacé.

Au pouce gauche, un épaississement dur, moins volumineux, adhère à l'extrémité de la dernière phalange ; son aspect est le même que celui de l'annulaire.

Dans ces deux points, on voit quelques petites dépressions cupuliformes, d'aspect cicatriciel, à la surface des épaississements.

De l'épaississement de l'annulaire part une traînée rouge violacé, qui monte sur le bord interne et paraît cesser au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; cette traînée est surmontée de deux saillies : l'une, plus grosse, très molle, laissant voir un liquide puriforme à travers l'épiderme aminci; l'autre, moins volumineuse, ferme, porte au centre une petite croûte jaune; cette croûte enlevée, on voit sourdre une grosse goutte de liquide jaune louche.

Une seconde traînée, sur le prolongement de la première, commence au-dessus de la tête du métacarpien de l'annulaire, monte capricieusement vers la base du troisième métacarpien.

Les deux extrémités de cette traînée sont marquées par des saillies du volume d'un noyau de cerise; la traînée elle-même est saillante et moniliforme.

Enfin, un troisième groupe, isolé des deux premiers, est situé sur la face dorsale du poignet, au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus et composé de trois nodules : l'un du volume d'une noisette, sensible et violacé, fluctuant; le second et le troisième du volume d'une lentille : durs, indolents, mobiles.

Pas de lymphangite le long des lymphatiques du pouce; rien à l'avant-bras. Le ganglion épitrochléen, les ganglions axillaires et carotidiens ne sont pas tuméfiés.

Rien au membre supérieur droit.

Un ganglion dur, indolent, depuis dix-huit mois, sur l'apophyse mastoïde gauche.

Un gros ganglion sous-maxillaire, du volume d'un petit œuf, déforme la région, il est rénitent, un peu sensible, lisse et mobile ; il s'est montré, il y a environ un an, un peu après les nodules des doigts.

Mais cette adénite peut être simple, la malade a de très mauvaises dents; il y a notamment une des petites molaires très cariée et la malade a dû se faire arracher une dent voisine, il y a environ trois semaines; à la suite de cette extirpation, la tumeur ganglionnaire aurait un peu durci.

Les autres ganglions du corps ne sont pas développés. Pas d'albumine dans les urines.

La malade est une jeune femme vigoureuse n'ayant jamais eu de bronchite, ni fluxion de poitrine, ni pleurésie, jamais d'expectoration, ni d'hémoptysie. Elle ne présente aucun antécédent de strume dans l'enfance.

Aucun antécédent héréditaire : le père a soixante-douze ans et ne tousse pas ; la mère a soixante-sept ans et est bien portante. Une sœur de quarante-cinq ans, deux frères, l'un de cinquante et un ans, l'autre de quarante-neuf ans, sont également bien portants. Un frère, seul, est mort d'un chaud et froid après trois ans de maladie.

Le 29 juin, extirpation des noyaux siégeant au niveau du poignet et du noyau caséeux siégeant au niveau du troisième métacarpien. Les autres noyaux sont raclés avec la curette.

L'examen du produit du raclage de l'un des noyaux, pratiqué par M. Albarran, á démontré la présence de bacilles tuberculeux peu abondants.

11 juillet. — Les plaies sont cicatrisées, les traînées rouges existant au niveau de l'annulaire sont très effacées.

Quatre mois après, la malade rentre à l'hôpital pour une suppuration du ganglion sous-maxillaire. Après l'ouverture de l'abcès, le ganglion a disparu. La guérison est complète, la santé générale est bonne.

Observation XIX (Résumée).

(Merklen. — *Société médicale des hôpitaux*, 1885.)

Deux mois après la mort de son mari, enlevé par une tuberculose pulmonaire, la malade voit apparaître sur la face dorsale du médius droit et à la racine de l'index gauche, de petits boutons rouges et douloureux ;suppuration avec croûtes; puis formation *in situ* de placards

légèrement verruqueux. Un mois après, développement à la face antérieure du bras, de trois nodosités dures, saillantes, de la grosseur d'un pois. Ces petites tumeurs augmentèrent de volume, se ramollirent; la peau à leur niveau prit une teinte rouge livide; et bientôt les deux plus élevées s'ulcérèrent et se recouvrirent de croûtes. Au bout de quelques semaines, les mêmes lésions se développèrent sur le dos de la main et à la région externe de l'avant-bras. Enfin une petite éruption analogue se fit à la face interne du coude droit.

Des nodosités peuvent être parfaitement suivies par la vue et le palper tout le long des troncs des lymphatiques superficiels qui, partant de la racine de l'index, vont constituer le groupe externe ou radial. Elles forment une sorte de chapelet, dont les grains se succèdent sur une ligne tendue de l'index à la paroi antérieure de l'aisselle en passant à la face dorsale de la main et de l'avant-bras, au-devant du coude et de la face antérieure du bras.

Les plus petites nodosités ont le volume d'un grain de mil; elles siègent dans l'hypoderme et sont mobiles sous la peau. On en sent un grand nombre à la région externe de l'avant-bras près du coude. A un degré plus avancé, ces petits grains font corps avec la peau et forment une saillie appréciable à la vue.

A la face dorsale de la main et de l'avant-bras, ce sont de gros tubercules, du volume d'un pois, jusqu'à celui d'un noyau de cerise, les plus petits durs, les plus grands ramollis à leur centre; ils sont indolents, et la peau à leur niveau, violacée et amincie.

A la face antérieure du coude, un de ces tubercules, devenu plus gros, est mou et fluctuant, présentant tout les caractères d'une gomme cutanée; le pus contient des bacilles de la tuberculose. Les noyaux tuberculo-gommeux, situés plus haut, sont ulcérés et recouverts de croûtes.

Toutes ces nodosités sont réunies par des cordons durs, qu'on sent nettement au coude, et qui sont évidemment des vaisseaux lymphatiques chroniquement enflammés. Enfin on trouve dans l'aisselle, en

arrière de sa paroi antérieure, plusieurs ganglions durs, gros et d'ailleurs indolents.

Signes incontestables d'infiltration tuberculeuse des deux poumons.

L'infection secondaire de l'économie par le virus ne se limite pas sur les vaisseaux lymphatiques seulement ; en se propageant par ces voies elle peut atteindre aussi les ganglions correspondant à la région où siège la lésion. Fait plus intéressant encore, cet engorgement ganglionnaire peut se faire sans que les lympathiques qui y aboutissent soient atteintes le moins du monde. Nous trouvons cette particularité dans deux de nos observations (Obs. III et VIII.)

Dans le premier de ces deux cas il s'agit d'un sujet, qui à la suite d'une piqûre, fut atteint d'une plaque de tuberculose verruqueuse siégeant au niveau de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne ; au moment de la présentation du malade à la Clinique, on sentait un petit ganglion épitrochléen, légèrement douloureux à la pression; aucune trace de lymphangite entre la lésion initiale de la main et le ganglion tuméfié.

Dans le second cas aussi il s'agit d'une tuméfaction occupant ici les ganglions de l'aisselle et du coude, consécutive à une tuberculose verruqueuse de la main, sans qu'on puisse relever la présence des vaisseaux lymphatiques enflammés entre le point primitivement malade et les ganglions devenus tuberculeux ultérieurement.

Ces ganglions engorgés peuvent acquérir des dimensions considérables et produire des tumeurs volumineuses ; ils peuvent rester stationnaires pendant un temps indéfini; d'autres fois la peau qui les recouvre devient violacée, livide, s'amincit, les ganglions eux-mêmes deviennent fluctuants et

donnent naissance à de véritables abcès, à l'ouverture desquels succède une ulcération aux apparences tuberculeuses.

L'observation suivante nous montre que les phénomènes d'infection secondaire, au lieu de suivre d'abord les voies lymphatiques, avant de se localiser sur une autre partie du corps, se sont montrés de prime abord du côté des gaines tendineuses voisines de la lésion initiale.

Observation XX

(A. Tscherning. — *Fortschritt der med.*, 1885.)

Marie P..., vingt-quatre ans, cuisinière chez le professeur H..., est d'une famille sans tare tuberculeuse, et jouit elle-même d'une excellente santé.

A la fin de juin 1884, le professeur H... meurt de tuberculose pulmonaire. Quelques jours avant sa mort, la cuisinière se blesse en cassant le crachoir en verre du malade. Au bout de quatorze jours, début d'un panaris sur l'endroit blessé, pansement phéniqué, pas de suppuration. Huit jours après, il ne reste plus qu'une induration de la grosseur d'un pois.

La douleur et un œdème local ne disparaissant pas, le docteur Tscherning enlève avec la cuiller la petite induration granuleuse.

Quelque temps après, la douleur, le gonflement, le trouble fonctionnel du doigt, l'empâtement de la gaine tendineuse, l'existence de deux ganglions épitrochléens et axillaires déterminent le professeur Studzgaard à faire l'opération, qui eut lieu le 21 novembre.

Il est à noter que l'état général de la malade était satisfaisant et qu'elle ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Après l'extirpation des ganglions épitrochléens et axillaires, on énuclée le médius au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et l'on résèque le tendon et sa gaine au niveau du milieu de la paume de la main. La plaie guérit par première intention au bout de onze jours et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

On trouve, à l'examen des pièces enlevées, des granulations dans la gaine séreuse, et le microscope démontra dans ces granulations, ainsi que dans les ganglions extirpés, l'existence de tubercules élémentaires et des bacilles de Koch.

Le docteur Tscherning revit la malade en janvier 1885 et la trouva en excellente santé.

Sauf les vaisseaux lymphatiques, les ganglions et les gaines des tendons, les lésions tuberculeuses secondaires peuvent occuper encore d'autres régions du corps. Ainsi on a observé des abcès tuberculeux des régions : mastoïdienne, sternale, rétro-mammaire, des méningites tuberculeuses, des péritonites tuberculeuses, etc., consécutives à la propagation à ces régions du virus pris dans un foyer tuberculeux primitif. Mais nous laissons de côté ces infections tuberculeuses secondaires pour nous occuper plus particulièrement, vu l'importance théorique et pratique de la question de l'envahissement de proche en proche des poumons par l'agent infectieux.

On a dit que les ganglions jouent, par rapport à l'infection, le rôle d'une barrière qui arrête tout envahissement de l'économie au moins pour le moment. Cette assertion est vraie dans la majorité des cas, mais il y a des faits non douteux où la tuberculose, localisée d'abord sur la peau, a envahi peu à peu les poumons et, comme résultat, c'est une véritable tuberculose pulmonaire qui s'est développée.

Ainsi, le professeur Leloir a publié, dans les *Annales de Dermatologie* du 25 juin 1886, une observation de tuberculose

verruqueuse qui fut accompagnée d'envahissement tuberculeux des lymphatiques et du poumon lui-même. Il s'agit d'une enfant de six ans, née de parents sains, qui, à la suite du développement sur le dos de la main d'un placard papillomateux, grand comme une pièce de 2 francs, eut successivement une lymphangite gommeuse de l'avant-bras, du bras, un engorgement des ganglions de l'aisselle et sus-claviculaires et, finalement, une tuberculose du sommet du poumon correspondant.

Nous trouvons de même l'envahissement du poumon par le virus infectieux dans l'observation que M. Morel-Lavallée a publiée, en 1888, dans les *Annales de Dermatologie*. Le malade qui fait l'objet de cette observation, a présenté des lésions tuberculeuses à son enfance encore ; déjà, à l'âge de six ans, il fut atteint d'ostéites tuberculeuses, néanmoins ses poumons restent sains jusqu'à l'âge de vingt-six ans, lorsqu'il s'aperçoit de sa tuberculose verruqueuse de la main ; trois mois après la tuberculose cutanée survint une lymphangite gommeuse, puis une adénopathie et enfin, au bout de trois autres mois, c'est le poumon qui est atteint à son tour par le virus infectieux.

L'observation suivante, que M. Martin du Magny a publiée en 1885 dans sa thèse de doctorat, montre avec quelle ténacité l'affection peut se propager et comment une tuberculose pulmonaire peut être le dernier terme de cette infection.

Observation XXI

(Martin du Magny. — Thèse Paris, 1885.)

Le nommé B..., âgé de vingt-huit ans, gainier, est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 32, service de M. le professeur Verneuil.

L'interrogatoire ne nous permet de découvrir ni antécédents personnels ni antécédents héréditaires.

Il portait depuis longtemps un durillon professionnel à la partie interne de la phalangette du pouce de la main droite.

Au mois de janvier 1883 ce doigt enfla sans qu'il eût aperçu ni écorchures ni éraillures. Deux mois après, deux points blancs apparaissent, l'un au niveau du durillon, l'autre au-dessous. Deux orifices remplacèrent bientôt les points blancs et du pus séreux et mal lié, peu abondant d'ailleurs, s'en écoulait d'une façon continue.

Au mois de novembre de la même année deux incisions profondes et, quelques jours après, des cautérisations avec le thermo-cautère, n'amènent aucun résultat, ces trajets restent ouverts et l'écoulement purulent continue.

Au mois de septembre 1884, l'amputation du pouce fut pratiquée dans la continuité de la phalange. La cicatrisation ne se fait pas, trois trajets fistuleux se forment sur la ligne de réunion.

La région thénar était gonflée; trois mois après ce fut l'auriculaire qui augmenta de volume; les mouvements devinrent impossibles. A ce doigt également, vers la partie moyenne de la phalange, apparut un point blanc qui fit place à un orifice par lequel s'écoulait du pus mal lié.

Alors le poignet se prit, la partie antérieure enfla notablement, les mouvements des doigts devinrent impossibles. Jusqu'ici l'état général s'était maintenu; mais à cette époque, l'amaigrissement est notable, des sueurs nocturnes surviennent.

Le malade entre à l'Hôpital Saint-Louis où il est opéré. Le 3 février 1885, on pratique l'amputation de l'avant-bras au lieu d'élection. La cicatrisation se fit rapidement et B... fut envoyé à Vincennes, où il resta un mois. Puis il revint à l'hôpital pour faire ouvrir un abcès qui s'était formé à la partie interne du moignon. L'abcès est ouvert et drainé; mais, depuis cette époque, la suppuration n'a pas cessé.

Au moment où nous voyons le malade, le moignon est gonflé, empâté, n'est pas douloureux. L'ouverture qui a été pratiquée forme l'extrémité d'un trajet qui se dirige vers le pli du coude.

Depuis sept mois une tumeur s'est montrée au niveau du sternum, à la hauteur de l'articulation chondro-sternale de la quatrième côte. Cette tumeur, petite d'abord, atteint aujourd'hui le volume d'un œuf; elle est molle et fluctuante.

L'auscultation permet de constater une certaine rudesse de la respiration, quelques râles de bronchite au niveau de la base droite. Le malade est amaigri, pâle, débilité.

Le professeur Verneuil pratique l'amputation du bras le 20 novembre. Le moignon et surtout le trajet dont nous avons parlé étaient pleins de fongosités.

L'observation de MM. Dubreuilh et Auché, que nous rapportons ici, est aussi très instructive au point de vue des infections secondaires qui peuvent accompagner la tuberculose verruqueuse de la peau.

OBSERVATION XXII (Résumée).

(W. Dubreuil et B. Auché. — *Archives de méd. expérimentale,* sept. 1890.)

Femme de vingt-trois ans, ayant été pendant un mois au service d'une phthisique qui crachait abondamment dans ses mouchoirs et dont elle lavait le linge, en le frottant sur les doigts de la main droite fléchis, en même temps qu'elle se fatiguait à la veiller. A la fin d'octobre 1888, deux jours après la mort de sa maîtresse, petite tuméfaction avec rougeur et douleur au niveau de l'articulation phalango-phalangienne des deux derniers doigts de la main droite, la nodosité s'ouvre, laisse écouler du pus séreux ; six jours plus tard, douleur dans l'aisselle et début d'une adénopathie qui suppure et donne lieu à un abcès qui s'ouvre au bout de trois semaines, deux mois après le début des accidents, développement de deux nodosités sur le bord externe de l'avant-bras et au-devant de l'épaule, qui atteignent rapidement le volume d'une noisette, s'ouvrent, donnent issue à du pus séreux clair et deviennent l'origine de fistules.

Au mois d'avril 1889, on constate sur la face dorsale de l'articulation de la première et de la deuxième phalanges de l'auriculaire droit une surface rouge dont la partie centrale est couverte de squames blanchâtres, dures, épaisses, cornées, irrégulières et comme hérissées; une lésion semblable sur l'articulation homologue de l'annulaire droit ; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, deux petits nodules du volume d'un grain de chènevis, assez durs et mobiles sur la peau ; trois autres nodules analogues échelonnés sur la face dorsale du métacarpe suivant la direction du tendon extenseur de l'annulaire ; un autre nodule du volume d'un pois à la face dorsale du poignet ; sur le bord externe de l'avant-bras, une plaque rouge violacé avec décollement de la peau et orifice fistuleux à son centre ; à sa face antérieure des nodosités disposées sur deux lignes suivant le bord radial et le bord cubital, formées de nodules sous-cutanés du volume d'un grain de blé, mobiles sous la peau ; sur le bord interne du biceps, une tumeur fluctuante du volume d'une amande, adhérente à la peau, qui est une gomme tuberculeuse ulcérée. Le reste de la surface cutanée est sain ; un peu de rudesse du murmure vésiculaire à la partie antérieure du sommet du poumon gauche, et de la matité à la base droite en arrière. On pratique l'ablation au bistouri des deux plaques des doigts, l'excision ou le raclage avec la curette de tous les nodules disséminés de la main, de l'avant-bras et du bras, l'ablation de presque tous les ganglions axillaires.

L'examen histologique montre les lésions des papillomes au niveau des plaques verruqueuses des doigts, sans nodules tuberculeux dans la couche profonde du derme, mais avec amas de cellules épithéloïdes entourant une cellule géante dans sa couche moyenne; du tissu de granulation et de nombreux tubercules dans un nodule cutané; des nodules tuberculeux dans les ganglions axillaires; de rares bacilles tuberculeux dans le pus des abcès froids, dans le produit de raclage des gommes ulcérées, dans les ganglions axillaires et plus rares encore sur les coupes du papillome des doigts.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose verruqueuse de la peau est toujours le résultat d'une inoculation du bacille tuberculeux par une plaie préexistante;

2° Le plus souvent cette inoculation tégumentaire est primitive et directe, le virus infectieux venant de dehors, mais il ne manque pas d'exemples de tuberculose verruqueuse développée par inoculation secondaire, à la suite d'ouverture de foyers tuberculeux profonds;

3° L'inoculation tuberculeuse de la peau dans certaines conditions, encore mal connues, de virulence, qu'elle soit d'origine externe ou qu'elle soit d'origine profonde, donne naissance à une maladie au fond toujours identique, mais qui, dans certaines régions : mains, pieds, anus, prend généralement la forme dite tuberculeuse verruqueuse de la peau ou lupus scléreux et verruqueux, tandis que lorsqu'elle se fait dans d'autres régions revêt l'aspect classique de lupus à tubercules mous;

4° La fréquence de la tuberculose verruqueuse est très grande, elle est plus grande même qu'on ne le suppose ;

5° Le sexe, l'âge et le terrain ne paraissent avoir aucune influence sur le développement de l'affection ;

6° Elle a généralement une marche lente, torpide et finit presque toujours par la guérison complète, mais elle peut devenir dans certains cas le point de départ d'infections secondaires susceptibles de s'étendre à une plus ou moins grande distance du point primitivement atteint, infections capables d'entraîner la mort quand elles atteignent un viscère important.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon à imprimer.
Le Président de la Thèse :
L.-A. ARNOZAN.
Bordeaux, le 13 juillet 1896.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur :
A COUAT.
Bordeaux, le 13 juillet 1896.

Bordeaux. — Imp. du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.